Nicolas Castillo Pulido.
Supervisor Área de Maniobra SAM
Celular: 3134872203
Aeropuerto Vanguardia
Villavicencio

Villavicencio, 27 de mayo de 2026

Para: JAIME CORTES GUERRERO – SUPERVISOR CONTRATO

DE: NICOLAS CASTILLO PULIDO

Asunto: Cedula de ciudadanía, 93.357.066, Cuenta de Cobro No. 03, Contrato número 26000992 H3 DE 2026, concepto de pago: Honorarios.

Cordial Saludo, Por medio de la presente hago llegar la documentación requerida para el radicado de la cuenta correspondiente al periodo del 1 al 30 abril 2026.

1. Cuenta de Cobro.
2. Certificado de cumplido para pago de servicios profesionales y de apoyo a la gestión (APOY-2.0-12-023 v8).
3. Declaración Juramentada para solicitud de deducciones (APOY-2.0-12-024 V6).
4. Formato 62 Informe de ejecución y supervisión contractual (GCON-1.0-12-046 V2) con sus listas de chequeo adjuntas en el enlace de la plataforma DRIVE (ultima hoja).
5. Planilla de Pago de Aportes a seguridad social y soporte de afiliación como Independiente marzo 2026.
6. Póliza de cumplimiento contractual.
7. Pantallazo secop 2 informes cargados y cuentas en estado pagado.



NICOLAS CASTILLO PULIDO
C.C No **93.357.066**
Contratista - Supervisor Área de Maniobra
nicolascastillopulido@gmail.com

Nicolas Castillo Pulido.
Supervisor Área de Maniobra SAM
Celular: 3134872203
Aeropuerto Vanguardia
Villavicencio

Cuenta de cobro No 3

LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL

DEBE A:

NICOLAS CASTILLO PULIDO
C.C. No. 93.357.066

La suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($5.272.890) Por concepto de PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO EN LOS SERVICIOS DE SUPERVISION EN LAS AREAS DE MOVIMIENTO PARA EL AEROPUERTO VANGUARDIA DE VILLAVICENCIO., según contrato de prestación de Servicios No 26000992 H3 DE 2026, Corresponde al periodo 01 al 30 de abril 2026.

Dada en Villavicencio Meta, el veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiséis (2026).



NICOLAS CASTILLO PULIDO
C.C No **93.357.066**
Contratista - Supervisor Área de Maniobra
nicolascastillopulido@gmail.com

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 **27** / MM **Mayo** / AAAA **2026**

Información Beneficiario de Pago

Nombre Beneficiario de Pago: **NICOLAS CASTILLO PULIDO**

NIT/CC No.: **93.357.066**

Información Contractual

Contrato No.: 26000992 H3 DE 2026

Objeto del Contrato: 66100C0511 PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO EN LOS SERVICIOS DE SUPERVISION EN LAS AREAS DE MOVIMIENTO PARA EL AEROPUERTO VANGUARDIA DE VILLAVICENCIO

Valor Honorarios mensuales: $ 5.272.890

Valor Diario: $ 175.763,00

Fecha de Suscripción: 05 / feb / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha de Terminación: 04 / sep / 2026 (DD / MM / AAAA)

Información Póliza

No. Póliza de Cumplimiento: 18-46-101034708

Entidad Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Fecha de expedición: 30 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha de aprobación póliza en el SECOP: 05 / feb / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio cobertura ARL: 30 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio ejecución del contrato: 05 / 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	87326	30 / ene / 2026	$ 36.910.230,00	$ 9.802.335,00	$ 27.107.895,00
Adición 1			$ -		$ -
Adición 2			$ -	$ -	$ -
Adición 3			$ -	$ -	$ -
		Total:	$ 36.910.230,00	$ 9.802.335,00	$ 27.107.895,00

Información para Pago

No. Pago: **03**

¿Es facturador electrónico? (seleccione) NO

Periodo de Pago

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

Hasta **30 / abr / 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**
6100 DIRECCIÓN DE OPERACIONES	C-2403-0600-43-52104E-2403080-02	$ 5.272.890,00	$ -	$ 5.272.890,00
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
	Total a Pagar:	$ 5.272.890,00	$ -	$ 5.272.890,00

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	Abril
Planilla(s) No.	9503865397
¿Es Pensionado? (seleccione)	NO

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

IBC	$ 2.109.156,00
Salud Obligatoria (12,5%)	$ 263.600,00
Pensión Obligatoria (16%)	$ 337.500,00
ARL	$ -
Fondo de Solidaridad	$ -
TOTAL APORTES	$ 601.100,00

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

Tipo Cuenta Bancaria	Ahorros
Cuenta Bancaria No.	027770023821

Nombre Entidad Bancaria

DAVIVIENDA

***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:		Nombre:	
Cargo:		Cargo:	
Dependencia:		Dependencia:	

OBSERVACIONES
ARL RIESGO 5

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	**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, NICOLAS CASTILLO PULIDO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 93.357.066 expedida en IBAGUE, TOLIMA, perteneciente al régimen No Responsable de IVA suscribí con la Aeronáutica Civil el contrato No. 26000992 H3 DE 2026 de fecha 30-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 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. (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	SANITAS	$ 263.600,00	9503865397	Abril	2026
AFP	COLPENSIONES	$ 337.500,00			
ARL					

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) No — 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

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 27 del mes de Mayo del 2026

NICOLAS CASTILLO PULIDO
Firma

Nicolas Castillo Pulido.
Supervisor Área de Maniobra SAM
Celular: 3134872203
Aeropuerto Vanguardia
Villavicencio

Villavicencio, 27 de mayo de 2026

Para: JAIME CORTES GUERRERO – SUPERVISOR CONTRATO

DE: NICOLAS CASTILLO PULIDO

Asunto: Cedula de ciudadanía, 93.357.066, Cuenta de Cobro No. 03, Contrato número 26000992 H3 DE 2026, concepto de pago: Honorarios.

Cordial Saludo, Por medio de la presente hago llegar la documentación requerida para el radicado de la cuenta correspondiente al periodo del 1 al 30 abril 2026.

1. Cuenta de Cobro.
2. Certificado de cumplido para pago de servicios profesionales y de apoyo a la gestión (APOY-2.0-12-023 v8).
3. Declaración Juramentada para solicitud de deducciones (APOY-2.0-12-024 V6).
4. Formato 62 Informe de ejecución y supervisión contractual (GCON-1.0-12-046 V2) con sus listas de chequeo adjuntas en el enlace de la plataforma DRIVE (ultima hoja).
5. Planilla de Pago de Aportes a seguridad social y soporte de afiliación como Independiente marzo 2026.
6. Póliza de cumplimiento contractual.
7. Pantallazo secop 2 informes cargados y cuentas en estado pagado.



NICOLAS CASTILLO PULIDO
C.C No **93.357.066**
Contratista - Supervisor Área de Maniobra
nicolascastillopulido@gmail.com

Nicolas Castillo Pulido.
Supervisor Área de Maniobra SAM
Celular: 3134872203
Aeropuerto Vanguardia
Villavicencio

Cuenta de cobro No 3

LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL

DEBE A:

NICOLAS CASTILLO PULIDO
C.C. No. 93.357.066

La suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($5.272.890) Por concepto de PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO EN LOS SERVICIOS DE SUPERVISION EN LAS AREAS DE MOVIMIENTO PARA EL AEROPUERTO VANGUARDIA DE VILLAVICENCIO., según contrato de prestación de Servicios No 26000992 H3 DE 2026, Corresponde al periodo 01 al 30 de abril 2026.

Dada en Villavicencio Meta, el veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiséis (2026).



NICOLAS CASTILLO PULIDO
C.C No **93.357.066**
Contratista - Supervisor Área de Maniobra
nicolascastillopulido@gmail.com

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 **27** / MM **Mayo** / AAAA **2026**

Información Beneficiario de Pago

Nombre Beneficiario de Pago: **NICOLAS CASTILLO PULIDO**

NIT/CC No.: **93.357.066**

Información Contractual

Contrato No.: 26000992 H3 DE 2026

Objeto del Contrato: 66100C0511 PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO EN LOS SERVICIOS DE SUPERVISION EN LAS AREAS DE MOVIMIENTO PARA EL AEROPUERTO VANGUARDIA DE VILLAVICENCIO

Valor Honorarios mensuales: $ 5.272.890

Valor Diario: $ 175.763,00

Fecha de Suscripción: 05 / feb / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha de Terminación: 04 / sep / 2026 (DD / MM / AAAA)

Información Póliza

No. Póliza de Cumplimiento: 18-46-101034708

Entidad Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Fecha de expedición: 30 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha de aprobación póliza en el SECOP: 05 / feb / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio cobertura ARL: 30 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio ejecución del contrato: 05 / 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	87326	30 / ene / 2026	$ 36.910.230,00	$ 9.802.335,00	$ 27.107.895,00
Adición 1			$ -		$ -
Adición 2			$ -	$ -	$ -
Adición 3			$ -	$ -	$ -
		Total:	$ 36.910.230,00	$ 9.802.335,00	$ 27.107.895,00

Información para Pago

No. Pago: **03**

¿Es facturador electrónico? (seleccione) NO

Periodo de Pago

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

Hasta **30 / abr / 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**
6100 DIRECCIÓN DE OPERACIONES	C-2403-0600-43-52104E-2403080-02	$ 5.272.890,00	$ -	$ 5.272.890,00
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
	Total a Pagar:	$ 5.272.890,00	$ -	$ 5.272.890,00

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	Abril
Planilla(s) No.	9503865397
¿Es Pensionado? (seleccione)	NO

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

IBC	$ 2.109.156,00
Salud Obligatoria (12,5%)	$ 263.600,00
Pensión Obligatoria (16%)	$ 337.500,00
ARL	$ -
Fondo de Solidaridad	$ -
TOTAL APORTES	$ 601.100,00

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

Tipo Cuenta Bancaria	Ahorros
Cuenta Bancaria No.	027770023821

Nombre Entidad Bancaria

DAVIVIENDA

***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:		Nombre:	
Cargo:		Cargo:	
Dependencia:		Dependencia:	

OBSERVACIONES
ARL RIESGO 5

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	**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, NICOLAS CASTILLO PULIDO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 93.357.066 expedida en IBAGUE, TOLIMA, perteneciente al régimen No Responsable de IVA suscribí con la Aeronáutica Civil el contrato No. 26000992 H3 DE 2026 de fecha 30-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 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. (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	SANITAS	$ 263.600,00	9503865397	Abril	2026
AFP	COLPENSIONES	$ 337.500,00			
ARL					

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) No — 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

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 27 del mes de Mayo del 2026

NICOLAS CASTILLO PULIDO
Firma

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. 5

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato:	**26000992 H3 DE 2026**
Nombre del Contratista:	**Nicolas Castillo Pulido**
Periodo informe:	**Abril de 2026**
Nombre de Supervisor:	**Jaime Cortes Guerrero**
Nombre del Interventor:	**N/A**
Área perteneciente:	**Grupo Gestión de Aeródromos**

2. OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO EN LOS SERVICIOS DE SUPERVISION EN LAS AREAS DE MOVIMIENTO PARA EL AEROPUERTO VANGUARDIA DE VILLAVICENCIO.

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

3.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

Se realizan tres (3) inspecciones diarias del área de maniobra, primera al inicio de operaciones, segunda sobre el medio día y tercera al inicio de la operación nocturna, haciendo inicialmente prueba de comunicaciones con la torre de control para verificar operatividad de la frecuencia aérea, se verifica la operabilidad de las ayudas visuales (luces de pista), PAPI, se revisa el estado de pavimentos, agrietamientos, hundimientos, baches, caucho en pista y otras condiciones, se hace verificación por presencia de FO, se hace verificación presencia de obstáculos en las diferentes superficies del aeropuerto, se revisan las franjas y canales del área de maniobra.

• Se hacen inspecciones adicionales en el área de maniobra cuando hay impactos con aves o fauna, temblores, pinchazos u otros incidentes o accidentas de aeronaves.

• Por cada inspección realizada, se diligencia el formato LISTA DE CHEQUEO INSPECCIÓN DEL ÁREA DE MANIOBRAS Y CONTROL DE FOD

• Se coordina ingresos y desplazamientos de personal, vehículos y maquinaria que ejecuta trabajos programados en el área de maniobra, conforme al plan de seguridad operacional de obra, aprobado por el nivel central GOA.

• Se hace apoyo al GERPAF en el control de peligro aviario

• Se reportan impactos con aves o fauna en el área de maniobra y se retiran aves o fauna muertas o restos de aves o fauna que generen FO en pista.

• Se diligencian formatos por posibles impactos y se responden reportes presentados por las aerolíneas y se envían al GERPAF.

• Se realizan Follow Me a las aeronaves y vehículos en las áreas de maniobra.

• Se atienden ingresos y desplazamientos en el área de maniobra por obras y trabajos no programados.

• Se apoya a la TWR en la realización de pruebas de motores requeridos por las aerolíneas o aeronaves privadas.

• Nos encargamos de aplicar el Plan de Retiro de Aeronaves Inutilizadas.

• Apoyamos a la Gerencia con la participamos en los comités de Gestión Operacional, Gerencia y Comité de seguridad operacional en pista RST.

PERÍODO: 01 abril 2026 al día 30 de abril del año 2026		
OBLIGACIONES	**DESCRIPCIÓN DE AVANCE O CUMPLIMIENTO**	**UBICACIÓN DE SOPORTES**
1. prestar servicios de apoyo técnico en los servicios de supervisión en las áreas de movimiento para el aeropuerto vanguardia de Villavicencio.	1. se ha dado cumplimiento a las obligaciones ajustadas a las listas de chequeo inspección del área de maniobras y control de FOD realizadas.	1. Enlace de carpeta drive donde se encuentran las listas de chequeo: https://drive.google.com/drive/folders/1wSXiHEsf_s0FimRpTDLLRrAImQneL23Z?usp=sharing

a. OBLIGACIONES CUMPLIDAS:

➢ Se realizan tres (3) inspecciones diarias del área de maniobra, primera al inicio de operaciones, segunda sobre el medio día y tercera al inicio de la operación nocturna, haciendo inicialmente prueba de comunicaciones con la torre de control para verificar operatividad de la frecuencia aérea, se verifica la operabilidad de las ayudas visuales (luces de pista), PAPI, se revisa el estado de pavimentos, agrietamientos, hundimientos, baches, caucho en pista y otras condiciones, se hace verificación por presencia de FO, se hace verificación presencia de obstáculos en las diferentes superficies del aeropuerto, se revisan las franjas y canales del área de maniobra.

➢ Por cada inspección realizada, se diligencia el formato LISTA DE CHEQUEO INSPECCIÓN DEL ÁREA DE MANIOBRAS Y CONTROL DE FOD.

➢ Se hacen inspecciones adicionales en el área de maniobra cuando hay impactos con aves o fauna, temblores, pinchazos u otros incidentes o accidentas de aeronaves.
➢ Se coordina ingresos y desplazamientos de personal, vehículos y maquinaria que ejecutan trabajos programados en el área de maniobra, conforme al plan de seguridad operacional de obra, aprobado por el nivel central GOA.
➢ Se hace apoyo al GERPAF en el control de peligro aviario
➢ Se apoya a la TWR en la realización de pruebas de motores requeridos por las aerolíneas o aeronaves privadas.
➢ Apoyamos a la Gerencia con la participamos en los comités de Gestión Operacional
➢ Se atienden ingresos y desplazamientos en el área de maniobra por obras y trabajos no programados
➢ Se hace apoyo al GERPAF en el control de peligro aviario
➢ Se realizan Follow Me a las aeronaves y vehículos en las áreas de maniobra
➢ Nos encargamos de aplicar el Plan de Retiro de Aeronaves Inutilizadas
➢ Apoyamos a la Gerencia con la participamos en los comités de Gestión Operacional, Gerencia y Comité de seguridad operacional en pista RST.

b. PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS:

DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	A SATISFACCIÓN	
			SI	NO

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

No se generan observaciones al contratista

3. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

No se generan observaciones al contratista

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:		

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
22 de enero 2026	22 de enero 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	
20/02/2026	

c. PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

NÚMERO DE INFORME	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4		

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

4. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

a. AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS.

PAGOS	VALOR DEL CONTRATO	VALOR EJECUTADO	SALDO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$36.910.230	$9.802.335	$32.380.785
PAGO 001		$4.529.445	$32.380.785
PAGO 002	$32.380.785	$5.272.890	$27.107.895

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

Por los servicios prestados es: 26.55 %

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo con lo descrito.

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

JAIME CORTES GUERRERO
CC 79152410
SUPERVISOR

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93357066		CASTILLO PULIDO NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 31C 9A2-27	VILLAVICENCIO-META	3134872203	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	337132879	9503865397	I	2026/05/19	2026/05/26	BANCO DAVIVIENDA	7	$604,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
1	CC	93357066	CASTILLO NICOLAS	25-14 30	$2,109,156	$337,500	EPS005	30	$2,109,156	$263,700		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93357066		CASTILLO PULIDO NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 31C 9A2-27	VILLAVICENCIO-META	3134872203	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	337132879	9503865397	I	2026/05/19	2026/05/26	BANCO DAVIVIENDA	7	$604,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$337,500	$1,700	$0	$339,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$337,500	$1,700	$0	$339,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$263,700	$1,400	$0	$265,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$263,700	$1,400	$0	$265,100
TOTAL				**1**	**$601,200**	**$3,100**	**$0**	**$604,300**

Nicolas Castillo Pulido.
Supervisor Área de Maniobra SAM
Celular: 3134872203
Aeropuerto Vanguardia
Villavicencio

Villavicencio, 27 de mayo de 2026

Para: JAIME CORTES GUERRERO – SUPERVISOR CONTRATO

DE: NICOLAS CASTILLO PULIDO

Asunto: Cedula de ciudadanía, 93.357.066, Cuenta de Cobro No. 03, Contrato número 26000992 H3 DE 2026, concepto de pago: Honorarios.

Cordial Saludo, Por medio de la presente hago llegar la documentación requerida para el radicado de la cuenta correspondiente al periodo del 1 al 30 abril 2026.

1. Cuenta de Cobro.
2. Certificado de cumplido para pago de servicios profesionales y de apoyo a la gestión (APOY-2.0-12-023 v8).
3. Declaración Juramentada para solicitud de deducciones (APOY-2.0-12-024 V6).
4. Formato 62 Informe de ejecución y supervisión contractual (GCON-1.0-12-046 V2) con sus listas de chequeo adjuntas en el enlace de la plataforma DRIVE (ultima hoja).
5. Planilla de Pago de Aportes a seguridad social y soporte de afiliación como Independiente marzo 2026.
6. Póliza de cumplimiento contractual.
7. Pantallazo secop 2 informes cargados y cuentas en estado pagado.



NICOLAS CASTILLO PULIDO
C.C No **93.357.066**
Contratista - Supervisor Área de Maniobra
nicolascastillopulido@gmail.com

Nicolas Castillo Pulido.
Supervisor Área de Maniobra SAM
Celular: 3134872203
Aeropuerto Vanguardia
Villavicencio

Cuenta de cobro No 3

LA UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONAUTICA CIVIL

DEBE A:

NICOLAS CASTILLO PULIDO
C.C. No. 93.357.066

La suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE ($5.272.890) Por concepto de PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO EN LOS SERVICIOS DE SUPERVISION EN LAS AREAS DE MOVIMIENTO PARA EL AEROPUERTO VANGUARDIA DE VILLAVICENCIO., según contrato de prestación de Servicios No 26000992 H3 DE 2026, Corresponde al periodo 01 al 30 de abril 2026.

Dada en Villavicencio Meta, el veintisiete (27) de mayo de dos mil veintiséis (2026).



NICOLAS CASTILLO PULIDO
C.C No **93.357.066**
Contratista - Supervisor Área de Maniobra
nicolascastillopulido@gmail.com

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 **27** / MM **Mayo** / AAAA **2026**

Información Beneficiario de Pago

Nombre Beneficiario de Pago: **NICOLAS CASTILLO PULIDO**

NIT/CC No.: **93.357.066**

Información Contractual

Contrato No.: 26000992 H3 DE 2026

Objeto del Contrato: 66100C0511 PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO EN LOS SERVICIOS DE SUPERVISION EN LAS AREAS DE MOVIMIENTO PARA EL AEROPUERTO VANGUARDIA DE VILLAVICENCIO

Valor Honorarios mensuales: $ 5.272.890

Valor Diario: $ 175.763,00

Fecha de Suscripción: 05 / feb / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha de Terminación: 04 / sep / 2026 (DD / MM / AAAA)

Información Póliza

No. Póliza de Cumplimiento: 18-46-101034708

Entidad Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Fecha de expedición: 30 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha de aprobación póliza en el SECOP: 05 / feb / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio cobertura ARL: 30 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio ejecución del contrato: 05 / 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	87326	30 / ene / 2026	$ 36.910.230,00	$ 9.802.335,00	$ 27.107.895,00
Adición 1			$ -		$ -
Adición 2			$ -	$ -	$ -
Adición 3			$ -	$ -	$ -
		Total:	$ 36.910.230,00	$ 9.802.335,00	$ 27.107.895,00

Información para Pago

No. Pago: **03**

¿Es facturador electrónico? (seleccione) NO

Periodo de Pago

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

Hasta **30 / abr / 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**
6100 DIRECCIÓN DE OPERACIONES	C-2403-0600-43-52104E-2403080-02	$ 5.272.890,00	$ -	$ 5.272.890,00
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
		$ -	$ -	$ -
	Total a Pagar:	$ 5.272.890,00	$ -	$ 5.272.890,00

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	Abril
Planilla(s) No.	9503865397
¿Es Pensionado? (seleccione)	NO

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

IBC	$ 2.109.156,00
Salud Obligatoria (12,5%)	$ 263.600,00
Pensión Obligatoria (16%)	$ 337.500,00
ARL	$ -
Fondo de Solidaridad	$ -
TOTAL APORTES	$ 601.100,00

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

Tipo Cuenta Bancaria	Ahorros
Cuenta Bancaria No.	027770023821

Nombre Entidad Bancaria

DAVIVIENDA

***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:		Nombre:	
Cargo:		Cargo:	
Dependencia:		Dependencia:	

OBSERVACIONES
ARL RIESGO 5

AERONÁUTICA CIVIL UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL	**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, NICOLAS CASTILLO PULIDO, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 93.357.066 expedida en IBAGUE, TOLIMA, perteneciente al régimen No Responsable de IVA suscribí con la Aeronáutica Civil el contrato No. 26000992 H3 DE 2026 de fecha 30-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 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. (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	SANITAS	$ 263.600,00	9503865397	Abril	2026
AFP	COLPENSIONES	$ 337.500,00			
ARL					

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) No — 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

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 27 del mes de Mayo del 2026

NICOLAS CASTILLO PULIDO
Firma

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. 5

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato:	**26000992 H3 DE 2026**
Nombre del Contratista:	**Nicolas Castillo Pulido**
Periodo informe:	**Abril de 2026**
Nombre de Supervisor:	**Jaime Cortes Guerrero**
Nombre del Interventor:	**N/A**
Área perteneciente:	**Grupo Gestión de Aeródromos**

2. OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO EN LOS SERVICIOS DE SUPERVISION EN LAS AREAS DE MOVIMIENTO PARA EL AEROPUERTO VANGUARDIA DE VILLAVICENCIO.

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

3.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

Se realizan tres (3) inspecciones diarias del área de maniobra, primera al inicio de operaciones, segunda sobre el medio día y tercera al inicio de la operación nocturna, haciendo inicialmente prueba de comunicaciones con la torre de control para verificar operatividad de la frecuencia aérea, se verifica la operabilidad de las ayudas visuales (luces de pista), PAPI, se revisa el estado de pavimentos, agrietamientos, hundimientos, baches, caucho en pista y otras condiciones, se hace verificación por presencia de FO, se hace verificación presencia de obstáculos en las diferentes superficies del aeropuerto, se revisan las franjas y canales del área de maniobra.

• Se hacen inspecciones adicionales en el área de maniobra cuando hay impactos con aves o fauna, temblores, pinchazos u otros incidentes o accidentas de aeronaves.

• Por cada inspección realizada, se diligencia el formato LISTA DE CHEQUEO INSPECCIÓN DEL ÁREA DE MANIOBRAS Y CONTROL DE FOD

• Se coordina ingresos y desplazamientos de personal, vehículos y maquinaria que ejecuta trabajos programados en el área de maniobra, conforme al plan de seguridad operacional de obra, aprobado por el nivel central GOA.

• Se hace apoyo al GERPAF en el control de peligro aviario

• Se reportan impactos con aves o fauna en el área de maniobra y se retiran aves o fauna muertas o restos de aves o fauna que generen FO en pista.

• Se diligencian formatos por posibles impactos y se responden reportes presentados por las aerolíneas y se envían al GERPAF.

• Se realizan Follow Me a las aeronaves y vehículos en las áreas de maniobra.

• Se atienden ingresos y desplazamientos en el área de maniobra por obras y trabajos no programados.

• Se apoya a la TWR en la realización de pruebas de motores requeridos por las aerolíneas o aeronaves privadas.

• Nos encargamos de aplicar el Plan de Retiro de Aeronaves Inutilizadas.

• Apoyamos a la Gerencia con la participamos en los comités de Gestión Operacional, Gerencia y Comité de seguridad operacional en pista RST.

PERÍODO: 01 abril 2026 al día 30 de abril del año 2026		
OBLIGACIONES	**DESCRIPCIÓN DE AVANCE O CUMPLIMIENTO**	**UBICACIÓN DE SOPORTES**
1. prestar servicios de apoyo técnico en los servicios de supervisión en las áreas de movimiento para el aeropuerto vanguardia de Villavicencio.	1. se ha dado cumplimiento a las obligaciones ajustadas a las listas de chequeo inspección del área de maniobras y control de FOD realizadas.	1. Enlace de carpeta drive donde se encuentran las listas de chequeo: https://drive.google.com/drive/folders/1wSXiHEsf_s0FimRpTDLLRrAImQneL23Z?usp=sharing

a. OBLIGACIONES CUMPLIDAS:

➢ Se realizan tres (3) inspecciones diarias del área de maniobra, primera al inicio de operaciones, segunda sobre el medio día y tercera al inicio de la operación nocturna, haciendo inicialmente prueba de comunicaciones con la torre de control para verificar operatividad de la frecuencia aérea, se verifica la operabilidad de las ayudas visuales (luces de pista), PAPI, se revisa el estado de pavimentos, agrietamientos, hundimientos, baches, caucho en pista y otras condiciones, se hace verificación por presencia de FO, se hace verificación presencia de obstáculos en las diferentes superficies del aeropuerto, se revisan las franjas y canales del área de maniobra.

➢ Por cada inspección realizada, se diligencia el formato LISTA DE CHEQUEO INSPECCIÓN DEL ÁREA DE MANIOBRAS Y CONTROL DE FOD.

➢ Se hacen inspecciones adicionales en el área de maniobra cuando hay impactos con aves o fauna, temblores, pinchazos u otros incidentes o accidentas de aeronaves.
➢ Se coordina ingresos y desplazamientos de personal, vehículos y maquinaria que ejecutan trabajos programados en el área de maniobra, conforme al plan de seguridad operacional de obra, aprobado por el nivel central GOA.
➢ Se hace apoyo al GERPAF en el control de peligro aviario
➢ Se apoya a la TWR en la realización de pruebas de motores requeridos por las aerolíneas o aeronaves privadas.
➢ Apoyamos a la Gerencia con la participamos en los comités de Gestión Operacional
➢ Se atienden ingresos y desplazamientos en el área de maniobra por obras y trabajos no programados
➢ Se hace apoyo al GERPAF en el control de peligro aviario
➢ Se realizan Follow Me a las aeronaves y vehículos en las áreas de maniobra
➢ Nos encargamos de aplicar el Plan de Retiro de Aeronaves Inutilizadas
➢ Apoyamos a la Gerencia con la participamos en los comités de Gestión Operacional, Gerencia y Comité de seguridad operacional en pista RST.

b. PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS:

DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	A SATISFACCIÓN	
			SI	NO

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

No se generan observaciones al contratista

3. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

No se generan observaciones al contratista

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:		

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
22 de enero 2026	22 de enero 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	
20/02/2026	

c. PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

NÚMERO DE INFORME	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4		

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

4. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

a. AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS.

PAGOS	VALOR DEL CONTRATO	VALOR EJECUTADO	SALDO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$36.910.230	$9.802.335	$32.380.785
PAGO 001		$4.529.445	$32.380.785
PAGO 002	$32.380.785	$5.272.890	$27.107.895

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

Por los servicios prestados es: 26.55 %

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo con lo descrito.

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

JAIME CORTES GUERRERO
CC 79152410
SUPERVISOR

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93357066		CASTILLO PULIDO NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 31C 9A2-27	VILLAVICENCIO-META	3134872203	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	337132879	9503865397	I	2026/05/19	2026/05/26	BANCO DAVIVIENDA	7	$604,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
1	CC	93357066	CASTILLO NICOLAS	25-14 30	$2,109,156	$337,500	EPS005	30	$2,109,156	$263,700		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93357066		CASTILLO PULIDO NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 31C 9A2-27	VILLAVICENCIO-META	3134872203	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	337132879	9503865397	I	2026/05/19	2026/05/26	BANCO DAVIVIENDA	7	$604,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$337,500	$1,700	$0	$339,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$337,500	$1,700	$0	$339,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$263,700	$1,400	$0	$265,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$263,700	$1,400	$0	$265,100
TOTAL				**1**	**$601,200**	**$3,100**	**$0**	**$604,300**

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. 5

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato:	**26000992 H3 DE 2026**
Nombre del Contratista:	**Nicolas Castillo Pulido**
Periodo informe:	**Abril de 2026**
Nombre de Supervisor:	**Jaime Cortes Guerrero**
Nombre del Interventor:	**N/A**
Área perteneciente:	**Grupo Gestión de Aeródromos**

2. OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO TECNICO EN LOS SERVICIOS DE SUPERVISION EN LAS AREAS DE MOVIMIENTO PARA EL AEROPUERTO VANGUARDIA DE VILLAVICENCIO.

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

3.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

Se realizan tres (3) inspecciones diarias del área de maniobra, primera al inicio de operaciones, segunda sobre el medio día y tercera al inicio de la operación nocturna, haciendo inicialmente prueba de comunicaciones con la torre de control para verificar operatividad de la frecuencia aérea, se verifica la operabilidad de las ayudas visuales (luces de pista), PAPI, se revisa el estado de pavimentos, agrietamientos, hundimientos, baches, caucho en pista y otras condiciones, se hace verificación por presencia de FO, se hace verificación presencia de obstáculos en las diferentes superficies del aeropuerto, se revisan las franjas y canales del área de maniobra.

• Se hacen inspecciones adicionales en el área de maniobra cuando hay impactos con aves o fauna, temblores, pinchazos u otros incidentes o accidentas de aeronaves.

• Por cada inspección realizada, se diligencia el formato LISTA DE CHEQUEO INSPECCIÓN DEL ÁREA DE MANIOBRAS Y CONTROL DE FOD

• Se coordina ingresos y desplazamientos de personal, vehículos y maquinaria que ejecuta trabajos programados en el área de maniobra, conforme al plan de seguridad operacional de obra, aprobado por el nivel central GOA.

• Se hace apoyo al GERPAF en el control de peligro aviario

• Se reportan impactos con aves o fauna en el área de maniobra y se retiran aves o fauna muertas o restos de aves o fauna que generen FO en pista.

• Se diligencian formatos por posibles impactos y se responden reportes presentados por las aerolíneas y se envían al GERPAF.

• Se realizan Follow Me a las aeronaves y vehículos en las áreas de maniobra.

• Se atienden ingresos y desplazamientos en el área de maniobra por obras y trabajos no programados.

• Se apoya a la TWR en la realización de pruebas de motores requeridos por las aerolíneas o aeronaves privadas.

• Nos encargamos de aplicar el Plan de Retiro de Aeronaves Inutilizadas.

• Apoyamos a la Gerencia con la participamos en los comités de Gestión Operacional, Gerencia y Comité de seguridad operacional en pista RST.

PERÍODO: 01 abril 2026 al día 30 de abril del año 2026		
OBLIGACIONES	**DESCRIPCIÓN DE AVANCE O CUMPLIMIENTO**	**UBICACIÓN DE SOPORTES**
1. prestar servicios de apoyo técnico en los servicios de supervisión en las áreas de movimiento para el aeropuerto vanguardia de Villavicencio.	1. se ha dado cumplimiento a las obligaciones ajustadas a las listas de chequeo inspección del área de maniobras y control de FOD realizadas.	1. Enlace de carpeta drive donde se encuentran las listas de chequeo: https://drive.google.com/drive/folders/1wSXiHEsf_s0FimRpTDLLRrAImQneL23Z?usp=sharing

a. OBLIGACIONES CUMPLIDAS:

➢ Se realizan tres (3) inspecciones diarias del área de maniobra, primera al inicio de operaciones, segunda sobre el medio día y tercera al inicio de la operación nocturna, haciendo inicialmente prueba de comunicaciones con la torre de control para verificar operatividad de la frecuencia aérea, se verifica la operabilidad de las ayudas visuales (luces de pista), PAPI, se revisa el estado de pavimentos, agrietamientos, hundimientos, baches, caucho en pista y otras condiciones, se hace verificación por presencia de FO, se hace verificación presencia de obstáculos en las diferentes superficies del aeropuerto, se revisan las franjas y canales del área de maniobra.

➢ Por cada inspección realizada, se diligencia el formato LISTA DE CHEQUEO INSPECCIÓN DEL ÁREA DE MANIOBRAS Y CONTROL DE FOD.

➢ Se hacen inspecciones adicionales en el área de maniobra cuando hay impactos con aves o fauna, temblores, pinchazos u otros incidentes o accidentas de aeronaves.
➢ Se coordina ingresos y desplazamientos de personal, vehículos y maquinaria que ejecutan trabajos programados en el área de maniobra, conforme al plan de seguridad operacional de obra, aprobado por el nivel central GOA.
➢ Se hace apoyo al GERPAF en el control de peligro aviario
➢ Se apoya a la TWR en la realización de pruebas de motores requeridos por las aerolíneas o aeronaves privadas.
➢ Apoyamos a la Gerencia con la participamos en los comités de Gestión Operacional
➢ Se atienden ingresos y desplazamientos en el área de maniobra por obras y trabajos no programados
➢ Se hace apoyo al GERPAF en el control de peligro aviario
➢ Se realizan Follow Me a las aeronaves y vehículos en las áreas de maniobra
➢ Nos encargamos de aplicar el Plan de Retiro de Aeronaves Inutilizadas
➢ Apoyamos a la Gerencia con la participamos en los comités de Gestión Operacional, Gerencia y Comité de seguridad operacional en pista RST.

b. PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS:

DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	A SATISFACCIÓN	
			SI	NO

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

No se generan observaciones al contratista

3. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

No se generan observaciones al contratista

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:		

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
22 de enero 2026	22 de enero 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	
20/02/2026	

c. PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

NÚMERO DE INFORME	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
1	X	
2	X	
3	X	
4		

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

4. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO.

a. AVANCE PRESUPUESTAL EN RAZÓN DE LOS PAGOS REALIZADOS.

PAGOS	VALOR DEL CONTRATO	VALOR EJECUTADO	SALDO
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$36.910.230	$9.802.335	$32.380.785
PAGO 001		$4.529.445	$32.380.785
PAGO 002	$32.380.785	$5.272.890	$27.107.895

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

Por los servicios prestados es: 26.55 %

En mi calidad de supervisor del contrato me permito avalar el contenido del informe y el avance en la ejecución del mismo de acuerdo con lo descrito.

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

JAIME CORTES GUERRERO
CC 79152410
SUPERVISOR

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93357066		CASTILLO PULIDO NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 31C 9A2-27	VILLAVICENCIO-META	3134872203	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	337132879	9503865397	I	2026/05/19	2026/05/26	BANCO DAVIVIENDA	7	$604,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**
1	CC	93357066	CASTILLO NICOLAS	25-14 30	$2,109,156	$337,500	EPS005	30	$2,109,156	$263,700		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			**$2,109,156**	**$337,500**			**$2,109,156**	**$263,700**			**$0**	**$0**			**$0**	**$0**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93357066		CASTILLO PULIDO NICOLAS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 31C 9A2-27	VILLAVICENCIO-META	3134872203	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	337132879	9503865397	I	2026/05/19	2026/05/26	BANCO DAVIVIENDA	7	$604,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$337,500	$1,700	$0	$339,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$337,500	$1,700	$0	$339,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$263,700	$1,400	$0	$265,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$263,700	$1,400	$0	$265,100
TOTAL				**1**	**$601,200**	**$3,100**	**$0**	**$604,300**

secop.gov.co

SECOP II | Editar | Editar

Aumentar el contraste | UTC -5 9:39:26 | NICOLAS CASTILLO...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a | Buscar...

Escritorio ➙ Menú ➙ Administración de contratos ➙ **Ver contrato**

1. Información general
2. Condiciones
3. Bienes y servicios
4. Documentos del Proveedor
5. Documentos del contrato
6. Información presupuestal
7. **Ejecución del Contrato**
8. Modificaciones del Contrato
9. Incumplimientos

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ● No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	01	27/03/2026 7:38:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	27/03/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	5.272.890 COP	Pagado	Detalle
Pago 002	002	27/03/2026 11:07:00 AM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	21/04/2026 12:00:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	5.272.890 COP	Pagado	Detalle
Pago 003	003	5 minutos de tiempo transcurrido *(1/06/2026 9:34:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	5.272.890 COP	Pendiente de registro	Borrar Registro Enviar

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CERTIFICADO ARL Nicolas Castillo Pulido.pdf	CERTIFICADO ARL Nicolas Castillo Pulido.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP 87326 26000992 H3 DE 2026 NICOLAS CASTILLO PULIDO.pdf	RP 87326 26000992 H3 DE 2026 NICOLAS CASTILLO PULIDO.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	DECLARACION RENTA AG 2024 NICOLAS CASTILLO PULIDO.pdf	DECLARACION RENTA AG 2024 NICOLAS CASTILLO PULIDO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Hoja de vida sigep.pdf	9. Hoja de vida sigep.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NICOLASCASTILLOSIGEP FIRMADO.pdf	NICOLASCASTILLOSIGEP FIRMADO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	certificadoInformacion.pdf	certificadoInformacion.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	12. aprobacion de poliza garantia.jpeg (Archivado)	12. aprobacion de poliza garantia.jpeg	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Poliza Cumplimiento Estatal Seguros del Estado - 2334669 firmada.pdf	10. Poliza Cumplimiento Estatal Seguros del Estado - 2334669 firmada.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	1. INFORME DE ACTIVIDADES FEBRERO 2026	Informe de ejecucion 1 y Cuenta de cobro nicolas castillo Febrero2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	2. Informe de ejecucion 2 y cuenta de cobro nicoolas castillo marzo 2026.pdf (Archivado)	2. Informe de ejecucion 2 y cuenta de cobro nicoolas castillo marzo 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	2 INFORME DE ACTIVIDADES MARZO NICOLAS CASTILLO.pdf	2 INFORME DE ACTIVIDADES MARZO NICOLAS CASTILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >