

 IGAC INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI	FORMA	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS Y/O PROVEEDORES	CÓDIGO	FO-GOO-PC02-05
	ACTIVIDAD	EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS	VERSION	2
	PROCEDIMIENTO	CUENTAS POR PAGAR DIGITAL	FECHA VERSIÓN FORMATO	24/02/2026

Dependencia de ejecución específica del contrato:	DIRECCIÓN TERRITORIAL TOLIMA		Fecha generación informe:	16/06/2026 10:22:44
Pago No:	5	Total de Pagos	6	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR

Nombre/Razón Social:	EDGAR FABIAN ARCINIEGAS ARBELAEZ		Identificación:	1110569015	Teléfono de contacto:	
Naturaleza:	Persona Natural	X	Persona Jurídica	Correo electrónico:	edgar.arciniegas@gac.gov.co	
Tipo régimen:	NO RESPONSABLE DE IVA					

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO

Contrato / Convenio No.:	IGAC-CD-2026-1975-TOL	Fecha de Inicio del contrato:	26/01/2026	Fecha de Fin del contrato:	25/06/2026
Periodo del informe:	MAYO	No RP:	3026	Requiere informe de actividades:	SI
Departamento:	Tolima	Municipio:	Ibagué		
Período objeto del informe:	01-05-2026 al 31-05-2026	Fecha de Inicio del informe:	01/05/2026	Fecha de Fin del informe:	31/05/2026
Actividad Económica:	8299 OTRAS ACTIVIDADES DE SERVICIO DE APOYO A LAS EMPRESAS n.c.p	ICA:	10		
Recurso presupuestal:	RECURSOS CORRIENTES	CDP:	2626	FUENTE FINANCIACIÓN:	NACION
Corte forma de pago:	A Corte Final de Mes	POSICIÓN CATALOGO GASTO:	C-0406-1003-7-10305B-0406003-02		
ARL:	POSITIVA	NIVEL DE RIESGO:	TIPO 3		
VALOR DE PAGO:	\$4,000,000.00	HONORARIOS:	\$4,000,000.00	PENSIONADO:	NO

Sistema	Entidad	Aportes (sin intereses de mora)	Periodo Cotizado	Fecha de Pago	No. de Autorización
ARL	POSITIVA	\$ 42.700,00	MAYO	01/06/2026	355289416
SALUD	SALUD TOTAL	\$ 218.900,00	MAYO	01/06/2026	355289416
PENSION	PORVENIR	\$ 280.200,00	MAYO	01/06/2026	355289416

DEDUCCIONES

INTERESES DE VIVIENDA:	NO	MEDICINA PREPAGADA:	NO	AFC:	NO	DEPENDIENTES ECONÓMICOS:	NO
PENSIÓN VOLUNTARIA:	NO	TOMARÉ COSTOS Y DEDUCCIONES:	NO	COOPERATIVA:	NO		

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR

OBJETO:	Prestación de servicios para realizar actividades de reconocimiento predial urbano y rural para la atención de trámites en los procesos catastrales de Icononzo, y los municipios asignados de la Dirección Territorial Tolima -
---------	--

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. Estudiar, clasificar, realizar las inspecciones catastrales y ejecutar los trámites de terreno asignados (urbanos o rurales) conforme a la normativa vigente priorizando la atención en el municipio de Icononzo Tolima, cumpliendo con una meta mensual mínima de sesenta y cinco (65) trámites finalizados y entregando los informes de visita requeridos	se estudiaron, clasificaron y proyectaron ocho (67) radicados del snc, de los cuales dos (67) quedaron proyectados. radicados proyectados y en control de calidad: (67).	Anexo_369361_639168707053590029.xlsx
2. Proyectar las resoluciones resultantes en el Sistema Nacional Catastral SNC, asegurando la consistencia gráfica y alfanumérica, y proyectar respuestas a oficios, consultas, peticiones y/o conceptos técnicos resultantes de los tramites asignados mediante plataformas institucionales.	Se ejecutaron 67 radicados en un total.	Anexo_369362_639168707116335172.xlsx
3. Garantizar que los productos estén cargados en el sistema en estado avanzado para validación a más tardar el día 24 de cada mes. Los trámites posteriores contarán para el siguiente periodo, sin suspender la ejecución.	se garantizó que las solicitudes ejecutadas para este periodo fueron enviadas en su mayoría el día 24 de mayo.	Anexo_369363_639168707361640795.png
4. Garantizar la calidad técnica de los insumos y realizar los ajustes o correcciones derivados de las revisiones de calidad. Parágrafo: Esta obligación de saneamiento persiste durante toda la vigencia del contrato, incluso si el período ya fue pagado; el pago no exime de responsabilidad técnica.	los insumos cumplen calidad técnica. se hicieron correcciones cuando hubo observaciones.	Anexo_369364_639166798899158400.pdf
5. Entregar plan de trabajo, cronograma inicial, informes mensuales de avance e informe final, cumpliendo con los rendimientos vigentes dentro del término de ejecución del contrato.	se realizó plan de trabajo aprobado por el supervisor	Anexo_369365_639166800061431457.pdf
6. Contar con los equipos e insumos necesarios (pc, tablet, gps, transporte), aplicar los manuales y procedimientos del sistema de gestión integrado, y mantener estricta confidencialidad y custodia de la documentación recibida.	conté con todos los insumos necesarios indispensables que aplica esta obligación	Anexo_369366_63916680023415455.jpg
7. Cumplir con los demás requerimientos técnicos y administrativos que le sean solicitados por el encargado del área o la dirección territorial en el marco del objeto contractual.	Se realizó salidas a campo el 04 de mayo Se realizaron 09 gllpis	Anexo_369367_639166800602861328.png

FIRMA CONTRATISTA / PROVEEDOR: (Cuando requiera presentar informe de actividades)	EDGAR FABIAN ARCINIEGAS ARBELAEZ
--	----------------------------------

Observaciones del supervisor a las actividades NO ejecutadas

Observación de aprobación del supervisor (jrsiano):

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor del contrato / convenio anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción y dentro de los términos contractuales con todas las obligaciones establecidas. Igualmente certifico que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia), y cumplió con los aportes a salud y pensión y/o parafiscalidad aplicable.

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Valor Inicial:	\$20,000,000.00 -
Adición No.0	\$0.00 -
Reducción No.0	\$0.00 -
Valor Total:	\$20,000,000 -

Total Pagado	\$12,666,667.00 -
Saldo Actual:	\$7,333,333.00 -

VALOR A PAGAR:	\$4,000,000.00 -
Menos este pago:	\$3,333,333.00 -

VALOR(ES) PAGADO(S)		
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3
\$666,667.00 -	\$4,000,000.00 -	\$4,000,000.00 -
Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
\$4,000,000.00 -	-	-
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9
-	-	-
Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
-	-	-

% de ejecución financiera del contrato / convenio:	83.33 %
---	---------

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Documentos de la cuenta adjuntos	
INFORME MENSUAL	X
APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	X

SUPERVISOR		SUPERVISOR	
Firma:		Firma:	
Nombre:	JAVIER SANTOS RIAÑO	Nombre:	
No. Identificación:	93365449	No. Identificación:	
Cargo:		Cargo:	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	CÉDULA DE CIUDADANÍA IBAGUE CRA1A #27-57 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: DEPARTAMENTO: TELÉFONO: CLASE APORTANTE: ACTIVIDAD ECONOMICA:	1110569015 EDGAR FABIAN ARCINIEGAS ARBELAEZ TOLIMA 2600000 I-INDEPENDIENTE Actividades reguladoras y facilitadoras de la act NO	NÚMERO PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN OTROS DÍAS DE MORA: FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	MES mayo AÑO 2026 0 2026/06/01	TIPO DE PLANILLA: PERIODO COTIZACIÓN SALUD: NÚMERO AUTORIZACIÓN:	I-INDEPENDIENTES 2026 MAYO AÑO 355289416

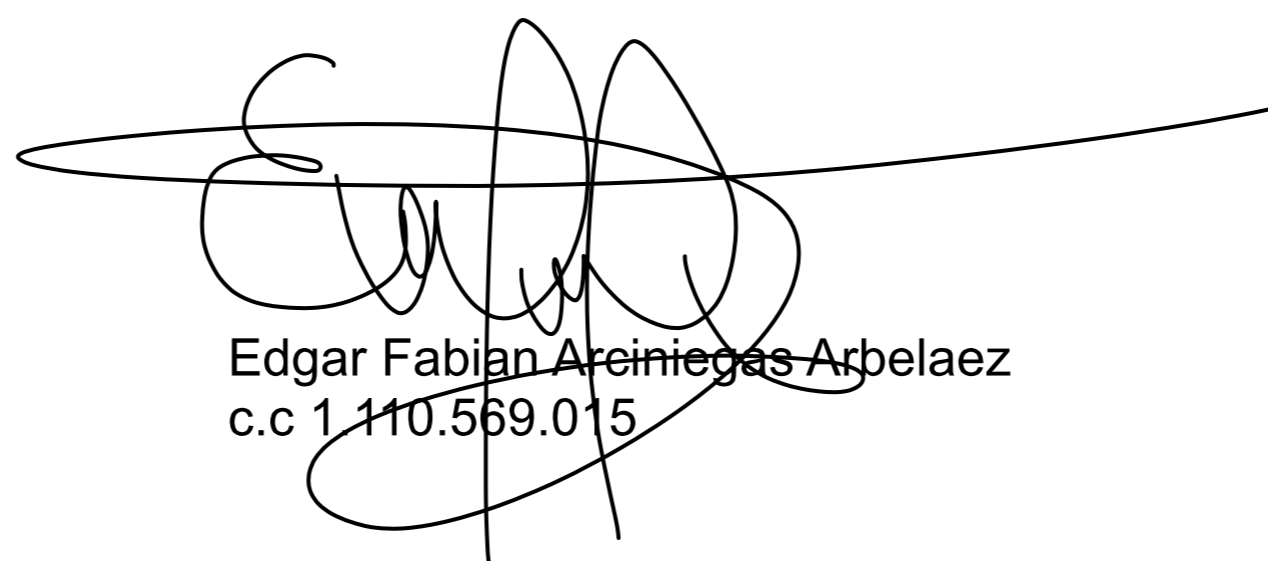
TOTAL APORTES A PENSIÓN															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO			
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	
SUBTOTALES:											\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200	

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	
SUBTOTALES:											\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700
SUBTOTALES:											\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																												
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU														
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE		
1	CC 1110569015	ARCINIEGAS ARBELAEZ EDGAR FABIAN	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 1.750.905				NO																	230301-PORVENIR	30	1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	EPS002-SALUD TOTAL	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	1.750.905	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 541.800


 Edgar Fabian Arciniegas Arbelaez
 c.c 1.110.569.015