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 **03** / MM **Julio** / AAAA **2026**

Información Beneficiario de Pago

Nombre Beneficiario de Pago: **ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ**

NIT/CC No.: **33.703.728**

Información Contractual

Contrato No.: 26000464 H3

Objeto del Contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN MATERIA JURIDICA EN LA FORMULACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LOS PROYECTOS VINCULADOS A LOS SISTEMAS CNS/MET/ENE

Valor Honorarios mensuales: $ 12.238.000,00 — Valor Diario: $ 407.933,00

Fecha de Suscripción: 28 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA) — Fecha de Terminación: 31 / dic / 2026 (DD / MM / AAAA)

Información Póliza

No. Póliza de Cumplimiento: 33-44-101272709

Entidad Aseguradora: SEGUROS DEL ESTADO S.A.

Fecha de expedición: 27 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA) — Fecha de aprobación póliza en el SECOP: 29 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio cobertura ARL: 29 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio ejecución del contrato: 29 / ene / 2026 (DD / MM / AAAA)

Información Presupuestal y Ejecución del Contrato

	No. Compromiso Presupuestal / RP	Fecha Compromiso Presupuestal / RP	Valor	Valor Ejecutado	Saldo por Ejecutar
Información Inicial	70326	28 / ene / 2026	$ 140.329.067,00	$ 49.767.866,00	$ 90.561.201,00
Adición 1			$ -	$ -	$ -
Adición 2			$ -	$ -	$ -
Adición 3			$ -	$ -	$ -
Total:			$ 140.329.067,00	$ 49.767.866,00	$ 90.561.201,00

Información para Pago

No. Pago: **06**

¿Es facturador electrónico? (seleccione) NO

Relacione las facturas

Tipo de Documento	*No. Factura*

Periodo de Pago

Desde **01 / jun / 2026** (DD / MM / AAAA) — Hasta **30 / jun / 2026** (DD / MM / AAAA)

Dependencia de Gasto - RP	Código Rubro Presupuestal a afectar	Valor a cobrar (Antes de IVA)	Valor IVA (si aplica)	Total
5200 DIRECCION DE TELECOMUNICACIONES Y AYUDAS A LA NAVEGACIÓN AEREA	C-2403-0600-51-52104E-2403080-02	$ 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

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

INFORMACIÓN PLANILLA DE PAGO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Mes Planilla SSS aportada	Junio
Planilla(s) No.	92889100
¿Es Pensionado? (seleccione)	NO

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

IBC		**$ 4.895.200,00**
Salud Obligatoria (12,5%)		$ 611.900,00
Pensión Obligatoria (16%)		$ 783.200,00
ARL	Riesgo I	$ 25.600,00
Fondo de Solidaridad		$ -
TOTAL APORTES		$ 1.420.700,00

INFORMACIÓN CUENTA BANCARIA

Tipo Cuenta Bancaria	Ahorros
Cuenta Bancaria No.	637362104
Nombre Entidad Bancaria	
BANCO DE BOGOTA	

***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:	ALVARO WILINTON ORTIZ SUAZA	Nombre:	
Cargo:	Director de Telecomunicaciones y Ayudas a la Navegación Aeréa	Cargo:	
Dependencia:	Direccion de Telecomunicaciones y Ayudas a la Navegación Aeréa	Dependencia:	

OBSERVACIONES

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, ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 33.703.728 expedida en CHIQUINQUIRÁ, perteneciente al régimen No Responsable de IVA suscribí con la Aeronáutica Civil el contrato No. 26000464 H3 de fecha 29-ene-26, y declaro bajo la gravedad de juramento que:

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

El ochenta por ciento (80%) o más de mis ingresos corresponden a la prestación de mis servicios (Art. 329 del ET, adicionado por el Art.10 de la Ley 1607 de 2012 y Art.1 de la Ley 1819 de 2016).	(seleccione) Si
Respecto del año anterior mis ingresos totales fueron superiores a 1.400 UVT, sin incluir IVA, y por consiguiente estoy obligado a presentar declaración de renta.	(seleccione) Si
Para el cálculo de retención en la fuente a titulo de renta respecto de mis ingresos solicito se apliquen las tarifas del Art. 383 del ET, dado que no se tomarán costos y deducciones asociadas a dichas rentas en virtud del Art. 9 del Decreto 2231 de 2023. (En caso de pertenecer al Régimen Simple de Tributación seleccionar la opción "NO").	(seleccione) Si

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

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

	NOMBRE EPS, AFP Y ARL	VALOR APORTE (Sin intereses de mora)	PLANILLA(s) No.	PERIODO	
				MES	AÑO
EPS	COMPENSAR	$ 611.900,00	92889100	Junio	2026
AFP	SKANDIA	$ 783.200,00			
ARL	POSITIVA	$ 25.600,00			

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) Si	Solicito deducción por concepto de pagos de medicina prepagada o seguros de salud, a empresas o compañías de seguros vigiladas por la SuperSalud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes (Art. 387 del ET, Art. 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 del Decreto 2250 de 2017).
(seleccione) Si	Solicito deducción por dependientes (Art. 387 del ET, Art. 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Art 9 del Decreto 2250 de 2017).

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

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

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

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

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

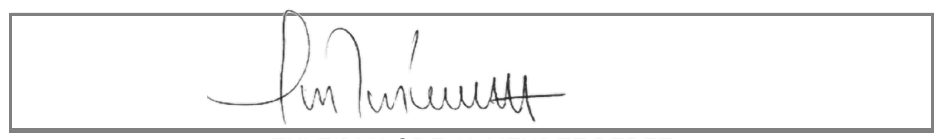
TIPO DE DOCUMENTO	No. IDENTIFICACIÓN	NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	PARENTESCO
Registro Civil	1.014.895.377	LUCIANA RAMOS MENDEZ	8	HIJA

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 3 del mes de Julio del 2026



ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ
Firma

Bogotá, 3 de julio de 2026

Señores

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE AERONÁUTICA CIVIL – AEROCIVIL

Bogotá D.C.

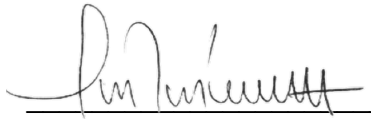
Referencia: Declaración juramentada de dependencia económica de hijos

ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ, mayor de edad, identificada con cedula de ciudadanía No 33.703.728, domiciliado en la ciudad de Chiquinquirá, bajo la gravedad de juramento, manifiesto que mi hija depende económicamente de mí, en razón a que se encuentran en estado de minoría de edad, y que soy responsable de su manutención, educación, salud y demás necesidades básicas, cuya información relaciono a continuación:

1. LUCIANA RAMOS MENDEZ TI N0.1014895377

Declaro que la información aquí consignada es veraz y corresponde a la realidad, y me comprometo a informar cualquier cambio que se presente respecto a la dependencia económica de mis hijos.

En constancia, firmo la presente declaración en la ciudad de Bogotá D.C., a los 3 días del mes de julio del año 2026.



Firma del declarante
Nombre completo: ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ
C.C. No. 33703728

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

NIT: 860066942-7
Entidad sin ánimo de lucro
Av. 68 No. 49A - 47
428 06 66

Referencia de pago: 0416050024102565

Nombre: ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ
Responsable: ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ
Dirección: CL 77 B 119 61 TR 1 APTO 301
C.C: 33703728
Tel:

Factura Electrónica de Venta No. SD01 18570970

	AÑO	MES	DÍA
Fecha Emisión:	2026	06	05
Fecha Vencimiento:	2026	06	10

Hora: 02:49:38

CUFE: 1cd17a7b0c0c12d088c96488cb17acba51f067423dd91d759903cd0cdcfb9d84bdb21a702f4057a3e60ad41bbf3bea97

Plan de beneficio: | **Ciudad:**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN DIAN NO. 18764092780908 del 05/05/2025 al 05/11/2026 prefijo SD01 desde 15000000 al 20000000

CONCEPTOS

Ítem	Código	Descripción	Cant	Unidad Medida.	Grav.%	% ICUI	Valor Unitario	Valor Total
1	999	FACTURA CUOTA PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD	1	94	5,00		472.000	472.000

Valor en letras: CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

Forma de Pago: Crédito **Plazo:** Cobro a Cinco (5) días **Medio de Pago:** Otro*

Por favor cancelar en Bancolombia, Colpatria, Davivienda, Itaú, Sudameris, Grupo Éxito 1883, Punto pago, PuntoRed, Red postal 4-72 o en www.compensar.com - Transacciones en línea

Cancelar en Banco de Bogotá y Colpatria presentando factura con código de barras. **Si cancela en cheque este debe ser exclusivamente de gerencia.**

Pedido No: 8310673866

Observaciones:

La presente factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio (Art.779 Código de Comercio). Gran Contribuyente Dian Resolución 000200 Dic 27/2024, actividad Económica 93291 Tarifa 9.66/1000. Responsable de Iva.No somos contribuyentes de impuesto de Renta art.19-2 ET, favor no efectuar retención en la fuente ni Retención de IVA. Agente retenedor de IVA.

Elaboró: JOSE MANUEL VELA BOHORQUEZ

Fabricante del Software SAP Alemania. Representante en Colombia SAP Colombia SAS. NIT: 900.320.612-5. Nombre del software: SAP ERPFactura Factura 1/2

Operador: Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

Vigilado Supersalud

Caja De Compensación Familiar COMPENSAR Comunicaciones

Vigilado Supersubsidio

Referencia de pago: 0416050024102565

Factura Electrónica de Venta No. SD01 18570970

Nombre: ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ | C.C 33703728

Fecha pago | Año | Mes | Dia

Total a pagar	495.600	Detalle de cheques		
Efectivo	$	Cod. Bco	No. Cheque	Valor
Cheque Gerencia	$			
Total	$			

(415)7707226193945(8020)0416050024102565(3900)00000000495600(96)20260610

Espacio para timbre
Entidad Recaudadora

Factura 1/2

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

NIT: 860066942-7
Entidad sin ánimo de lucro
Av. 68 No. 49A - 47
428 06 66

Referencia de pago: 0416050024102565

Nombre: ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ
Responsable: ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ
Dirección: CL 77 B 119 61 TR 1 APTO 301
C.C: 33703728
Tel:

Factura Electrónica de Venta No. SD01 18570970

	AÑO	MES	DÍA
Fecha Emisión:	2026	06	05
Fecha Vencimiento:	2026	06	10

Hora: 02:49:38

CUFE: 1cd17a7b0c0c12d088c96488cb17acba51f067423dd91d759903cd0cdcfb9d84bdb21a702f4057a3e60ad41bbf3bea97

Plan de beneficio: | **Ciudad:**

AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN DIAN NO. 18764092780908 del 05/05/2025 al 05/11/2026 prefijo SD01 desde 15000000 al 20000000

CONCEPTOS

Total Ítems: 1

Impuesto	Valor base gravable	%	Valor Impuesto
IVA	472.000	5.00	23.600

Valor	472.000
Descuento	0
Total IVA	23.600
Impuesto al Consumo	0.00
ICUI	0.00
Valor Total	495.600
Menos anticipos	0.00
Copago/Cuota Moderadora	0.00
Valor a pagar	495.600

Valor en letras: CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

Forma de Pago: Crédito **Plazo:** Cobro a Cinco (5) días **Medio de Pago:** Otro*

Por favor cancelar en Bancolombia, Colpatria, Davivienda, Itaú, Sudameris, Grupo Éxito 1883, Punto pago, PuntoRed, Red postal 4-72 o en www.compensar.com - Transacciones en línea

Cancelar en Banco de Bogotá y Colpatria presentando factura con código de barras. **Si cancela en cheque este debe ser exclusivamente de gerencia.**

Pedido No: 8310673866

Observaciones:

La presente factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio (Art.779 Código de Comercio). Gran Contribuyente Dian Resolución 000200 Dic 27/2024, actividad Económica 93291 Tarifa 9.66/1000. Responsable de Iva.No somos contribuyentes de impuesto de Renta art.19-2 ET, favor no efectuar retención en la fuente ni Retención de IVA. Agente retenedor de IVA.

Elaboró: JOSE MANUEL VELA BOHORQUEZ

Fabricante del Software SAP Alemania. Representante en Colombia SAP Colombia SAS. NIT: 900.320.612-5. Nombre del software: SAP ERPFactura

Operador: Facture SAS Nit: 900399741-7, Proveedor tecnológico. Software: PL-Colab

Vigilado Supersalud
Caja De Compensación Familiar COMPENSAR Comunicaciones
Vigilado Supersubsidio

Referencia de pago: 0416050024102565

Factura Electrónica de Venta No. SD01 18570970

Nombre: ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ				C.C 33703728
Fecha pago			Año	Mes / Dia
Total a pagar	495.600	Detalle de cheques		
Efectivo	$	Cod. Bco	No. Cheque	Valor
Cheque Gerencia	$			
Total	$			

(415)7707226193945(8020)0416050024102565(3900)00000000495600(96)20260610

Espacio para timbre
Entidad Recaudadora

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1014895377

Indicativo Serial 57322049

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 52 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 3 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMOS	MENDEZ

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUL Día 12	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14167830-8

Datos de madre o padre (Para casos de posibles indígenas con líneas matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar al preguntar que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MENDEZ PEREZ ZULEIDY LORENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 33703728 DE CHIQUINQUIRA	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con líneas matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar al preguntar que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RAMOS SIACHOQUE DIEGO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80727209 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMOS SIACHOQUE DIEGO ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80727209 DE BOGOTA	

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 2017 Mes JUL Día 18	EUGENIO GIL GIL Nombre y firma

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 -

Scanned by CamScanner

CONTENIDO DEL INFORME

1. CONDICIONES DEL CONTRATO 1
2. OBJETO DEL CONTRATO 1
3. ACTIVIDADES EJECUTADAS, OBLIGACIONES CUMPLIDAS, PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS. 1
4. OBSERVACIONES A LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS, A LAS OBLIGACIONES CUMPLIDAS, Y A LOS PRODUCTOS Y/O BIENES ENTREGADOS. 5
5. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR. 5
6. PORCENTAJES DE AVANCE PRESUPUESTAL Y EN EJECUCIÓN DEL CONTRATO. 7

1. CONDICIONES DEL CONTRATO

Número de Contrato:	26000464 H3 de 2026 de la vigencia 2025
Nombre del Contratista:	**ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ**
Periodo informe:	**JUNIO**
Nombre de Supervisor:	**ALVARO WILINGTON ORTIZ SUAZA**
Nombre del Interventor:	**N/A**
Área perteneciente:	**DIRECCIÓN DE TELECOMUNICACIONES Y AYUDAS A LA NAVEGACÓN AEREA**

2. OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN MATERIA JURIDICA EN LA FORMULACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LOS PROYECTOS VINCULADOS A LOS SISTEMAS CNS/MET/ENE

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

3.1. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

PERÍODO: DEL 01 DE JUNIO DE 2026 AL 30 DE JUNIO DE 2026		
OBLIGACIONES	**DESCRIPCIÓN DE AVANCE O CUMPLIMIENTO**	**UBICACIÓN DE SOPORTES**
1.Apoyar la articulación y coordinación permanente entre las áreas técnicas, administrativas y jurídicas de la Dirección de Telecomunicaciones y Ayudas a la Navegación Aérea, con el fin de agilizar y dar continuidad a los procesos asociados a los proyectos CNS/MET. 2.Acompañar el seguimiento a los trámites administrativos requeridos para el desarrollo de los proyectos CNS/MET, facilitando la interacción y el flujo de información entre las dependencias involucradas. 3.Revisar, desde el enfoque jurídico, la documentación administrativa que soporta los proyectos CNS/MET, con el propósito de contribuir a su avance oportuno y a la adecuada toma de decisiones. 4.Apoyar la verificación del cumplimiento del marco normativo aplicable a los procesos y actuaciones administrativas asociadas a los proyectos CNS/MET, promoviendo la observancia de	1.La primera semana de Junio de 2026, se continuó con la estructuración jurídica, técnica, administrativa y financiera del proceso Licitación fase 3 Radares cuyo objeto corresponde “ADQUIRIR, INSTALAR, INTEGRAR, VISUALIZAR, COMISIONAR Y PONER EN FUNCIONAMIENTO UN SISTEMA DE VIGILANCIA PSR 3D, MSSR MODO S ENHANCED Y ADS-B INTEGRADO E INDEPENDIENTE DE ÚLTIMA TECNOLOGÍA, UBICADO EN TUMACO.” El 9 de junio de 2026 se inició la estructuración de la Licitación fase 3 Radares cuyo objeto corresponde “ADQUIRIR, INSTALAR, INTEGRAR, VISUALIZAR, COMISIONAR Y PONER EN FUNCIONAMIENTO UN SISTEMA DE VIGILANCIA PSR 3D, MSSR MODO S ENHANCED Y ADS-B INTEGRADO E INDEPENDIENTE DE ÚLTIMA TECNOLOGÍA, UBICADO EN ARAUCA.” El 18 de junio de 2026 se publicó el proceso de Licitación No. 26001296 H2 DE 2026 en el SECOP II bajo el link: https://community.secop.gov.co/Public/Tendering/ContractNoticeManagement/Index?currentLanguage=es-CO&Page=login&Country=CO&SkinName=CCE 2. A partir de la segunda semana del mes de junio de 2026, se iniciaron las mesas de trabajo, para la estructuración integral, esto es técnica, jurídica, financiera y administrativa del proceso de interventoría, cuyo objeto es "Objeto es REALIZAR LA INTERVENTORÍA INTEGRAL DE LAS ESTRUCTURAS CIVILES DESTINADAS AL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE VIGILANCIA UBICADO EN EL MUNICIPIO DE ARAUCA, EN EL MARCO DEL CONTRATO DERIVADO DE LA LICITACIÓN PÚBLICA No. 26001296 H2 DE 2026”.	OBLIGACIÓN 1, 2, 3, 4

los principios de legalidad, transparencia y eficiencia.	El valor del proceso corresponde a **NOVECIENTOS SESENTA Y UN MILLONES QUINIENTOS CINCO MIL SETENTA PESOS M/CTE ($961.505.070), incluido IVA.** y con un plazo de hasta el 31 de diciembre de 2026. A continuación, se indican los formatos estructurados: • Formato 1. Estudio Previo • Formato 7. Propuesta económica. • Formato 8. Especificaciones técnicas • Formato 10. Matriz de riesgos Así mismo, se realizó el estudio económico. Lo anterior teniendo en cuenta que, para completitud de los formatos fueron remitidos por las áreas competentes los siguientes documentos: Concepto de Analítica (Análisis del sector) Concepto de Financiera (indicadores Financieros) PAA Teniendo en cuenta lo anterior se radicó el 25 de junio de 2026 ante la Dirección Administrativa y a través de correo electrónico, el proyecto, para revisión del mismo. Se informó que estaba pendiente el CDP y el concepto de la Matriz de riesgos.	
5. Brindar acompañamiento jurídico a las áreas involucradas en la preparación, ajuste y consolidación de documentos administrativos, con el fin de evitar reprocesos y retrasos en la gestión de los proyectos.	Durante el periodo que se informa la suscrita apoyo jurídico a la supervisión del contrato de suministro No. 23001020 H2 Lote 1 Lote 2 respecto a las mesas técnicas para revisión del estado del contrato y cumplimiento de este. Se apoyo en la elaboración de documentos remitidos a la UT RADCOL 2023.	**OBLIGACIÓN 5**
6. Participar, cuando se requiera, en mesas de trabajo, comités y reuniones interáreas relacionadas con los proyectos	Durante el periodo que se informa la suscrita asistió, lideró y participó en las siguientes reuniones:	OBLIGACIÓN 6

CNS/MET, aportando criterios jurídicos que permitan facilitar acuerdos y destrabar situaciones que afecten el avance de los procesos.

ÍTEM	FECHA	OBJETO DE LA REUNIÓN
1	2/6/2026	OBSERVACIONES ADMINISTRATIVA-PROCESO RADAR TUMACO
2	3/6/2026	MESA DE TRABAJO TUMACO
3	4/06/2026	MESA DE TRABAJO TUMACO
4	5/06/2026	CAPACITACIÓN ANALÍTICA
5	9/06/2026	ESTRUCTURACIÓN RADAR ARAUCA
6	9/06/2026	REVISIÓN RADARES FASE 3
7	10/06/2026	REVISIÓN PROYECTO ARAUCA
8	10/06/2026	PRORROGA INDRA RADARES PRESENCIAL
9	10/06/2026	REVISIÓN ESTRUCTURACIÓN ARAUCA
10	11/06/2026	SEGUIMIENTO Y REESTRUCTURACIÓN DE PROYECTOS
11	11/06/2026	ARTICULACIÓN FAC- SISTEMAS DE VIGILANCIA
12	16/06/2026	MESA TÉCNICA -SISTEMA DE PSR 3D ARAUCA.
13	18/06/2026	COMITÉ GESTIÓN PREDIAL
14	18/06/2026	INTERVENTORÍA ARAUCA
15	19/06/2026	CONMINATORIOS 23001020
16	22/06/2026	REVISIÓN INTERVENTORÍA DE ARAUCA
17	23/06/2026	MESAS DE TRABAJO
18	24/06/2026	SEGUIMIENTO DE PROYECTOS
19	25/06/2026	REVISIÓN Y RESPUESTA OBSERVACIONES ANALÍTICA
20	26/06/2026	INTERVENTORÍA RADAR SANTA
21	30/06/2026	CONTINUIDAD MESAS DE TRABAJO 23001020 LOTE 1 Y 2

a. OBLIGACIONES CUMPLIDAS:

1.Apoyar la articulación y coordinación permanente entre las áreas técnicas, administrativas y jurídicas de la Dirección de Telecomunicaciones y Ayudas a la Navegación Aérea, con el fin de agilizar y dar continuidad a los procesos asociados a los proyectos CNS/MET.

2.Acompañar el seguimiento a los trámites administrativos requeridos para el desarrollo de los proyectos CNS/MET, facilitando la interacción y el flujo de información entre las dependencias involucradas.

3.Revisar, desde el enfoque jurídico, la documentación administrativa que soporta los proyectos CNS/MET, con el propósito de contribuir a su avance oportuno y a la adecuada toma de decisiones.

4.Apoyar la verificación del cumplimiento del marco normativo aplicable a los procesos y actuaciones administrativas asociadas a los proyectos CNS/MET, promoviendo la observancia de los principios de legalidad, transparencia y eficiencia.

5. Brindar acompañamiento jurídico a las áreas involucradas en la preparación, ajuste y consolidación de documentos administrativos, con el fin de evitar reprocesos y retrasos en la gestión de los proyectos.

6. Participar, cuando se requiera, en mesas de trabajo, comités y reuniones interáreas relacionadas con los proyectos CNS/MET, aportando criterios jurídicos que permitan facilitar acuerdos y destrabar situaciones que afecten el avance de los procesos.

b. PRODUCTOS ENTREGADOS Y/O BIENES ENTREGADOS:

DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	FECHA DE ENTREGA	A SATISFACCIÓN	
N/A	N/A	N/A	SI	NO

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

El contratista ha cumplido con las obligaciones contractuales en tiempo, oportunidad y calidad.

Manifiesta buena disposición, iniciativa y colaboración en el trabajo.

3. OBSERVACIONES ADICIONALES, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

a. ANÁLISIS MATERIALIZACIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO:

1	¿Durante la ejecución se materializó algún riesgo?	SI/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:		

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**
9-01-26	09-01-29

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	
5-02-2026	

c. PUBLICACIÓN DEL INFORME EN LA PLATAFORMA SECOP II

NÚMERO DE INFORME	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
4	X	

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:

VALOR DEL CONTRATO	$140.329.067	100%
Cuenta No.1 ENERO 2026	$ 815.866	0,58%
Cuenta No.2 FEBRERO 2026	$ 12.238.000	8,72%
Cuenta No.3 MARZO 2026	$ 12.238.000	8,72%
Cuenta No.4 ABRIL 2026	$ 12.238.000	8,72%
Cuenta No.5. MAYO 2026	$ 12.238.000	8,72%
Cuenta No.6. JUNIO 2026	$ 12.238.000	8,72%
SALDO	$ 78.323.201	55,82%

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

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.

ALVARO WILINGTON ORTIZ SUAZA
Director de Telecomunicaciones y Ayudas a la Navegación Aérea

SUPERVISOR

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	33703728	ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ	CALLE 77B # 119-61 TORRE 1 APTO 301	3106096747	loremendez928@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92889100	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.420.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	611.900	0		0		0	0	0	0	611.900	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
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	783.300	0	0	0	0	0	0		783.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	25.600				25.600	0	0	25.600			256	25.600	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	611.900	611.900
Pensión	1	783.300	783.300
Riesgos Laborales	1	25.600	25.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.420.800	1.420.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	33703728	ZULEIDY LORENA MENDEZ PEREZ		CALLE 77B # 119-61 TORRE 1 APTO 301	3106096747	loremendez928@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92889100	02/07/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	$0	$1.420.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excluyendo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 33703728	MENDEZ PEREZ ZULEIDY LORENA	59	0			N																	230901	4.895.200	30	783.300	0	0	0	0	EPS008	4.895.200	30	611.900	14-23	4.895.200	30	1	25.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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