

 IGAC INSTITUTO GEOGRÁFICO AGUSTÍN CODAZZI	FORMA	INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTAS Y/O PROVEEDORES		CÓDIGO	FO-GCO-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 DE GESTIÓN CATASTRAL		Fecha generación informe:	09/07/2026 08:17:24
Pago No:	6	Total de Pagos	10	

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / PROVEEDOR					
Nombre/Razón Social:	WILLIAM ANTONIO APONTE RODRIGUEZ		Identificación:	79867113	Teléfono de contacto:
Naturaleza:	Persona Natural	X	Persona Jurídica	Correo electrónico:	william.aponte@igac.gov.co
Tipo régimen:	NO RESPONSABLE DE IVA				

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO						
Contrato / Convenio No.:	IGAC-CD-2026-2176-SC		Fecha de Inicio del contrato:	27/01/2026	Fecha de Fin del contrato:	11/10/2026
Periodo del informe:	JUNIO		No RP:	108326	Requiere informe de actividades:	SI
Departamento:	Bogotá D.C. (Nivel central)		Municipio:	Bogota		
Periodo objeto del informe:	01-06-2026 al 30-06-2026		Fecha de Inicio del informe:	01/06/2026	Fecha de Fin del informe:	30/06/2026
Actividad Económica:	71121 Actividades de ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica		ICA:	8.66		
Recurso presupuestal:	RECURSOS CORRIENTES		CDP:	57326	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 1		
VALOR DE PAGO:	\$4,700,000.00		HONORARIOS:	\$4,700,000.00	PENSIONADO:	NO

Sistema	Entidad	Aportes (sin intereses de mora)	Periodo Cotizado	Fecha de Pago	No. de Autorización
ARL	POSITIVA	\$ 42.700,00	JUNIO	03/06/2026	89249907
SALUD	COMPENSAR	\$ 218.900,00	JUNIO	03/06/2026	89249907
PENSION	COLPENSIONES	\$ 280.200,00	JUNIO	03/06/2026	89249907

Sistema	Entidad	Aportes (sin intereses de mora)	Periodo Cotizado	Fecha de Pago	No. de Autorización
ARL	POSITIVA	\$ 3.100,00	JUNIO	30/06/2026	93076118
SALUD	COMPENSAR	\$ 16.100,00	JUNIO	30/06/2026	93076118
PENSION	COLPENSIONES	\$ 20.600,00	JUNIO	30/06/2026	93076118

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

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATISTA Y/O PROVEEDOR	
OBJETO:	Prestación de servicios profesionales para realizar la edición, depuración y ajustes de la base gráfica catastral, conforme a los lineamientos técnicos establecidos.

OBLIGACIONES Y/O ACTIVIDADES	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO	EVIDENCIAS (PERSONA NATURAL)
1. Realizar diagnósticos catastrales a las bases de datos cartográficas, identificando inconsistencias, vacíos o errores, conforme a los requerimientos de la Dirección de Gestión Catastral y las Direcciones Territoriales.	Para este periodo no se realizaron diagnósticos. Por lo tanto, se les dio prioridad a las obligaciones específicas mencionadas en los numerales 4, 5 y 7.	Anexo_384701_639191050672296590.pdf
2. Efectuar la depuración cartográfica y realizar las correcciones necesarias a los datos geográficos, entregando el respectivo informe técnico de resultados, según las necesidades expresadas por la Dirección de Gestión Catastral y las Direcciones Territoriales.	Para este periodo no se realizaron depuraciones. Por lo tanto, se les dio prioridad a las obligaciones específicas mencionadas en los numerales 4, 5 y 7.	Anexo_384702_639191050781915723.pdf
3. Aplicar las proyecciones cartográficas necesarias para los datos catastrales, ajustando las capas cartográficas a los sistemas de referencia definidos por el Instituto Geográfico Agustín Codazzi – IGAC.	Para este periodo no se realizaron aplicaron proyecciones. Por lo tanto, se les dio prioridad a las obligaciones específicas mencionadas en los numerales 4, 5 y 7.	Anexo_384703_639191050897627091.pdf
4. Cumplir estrictamente con los plazos establecidos en el cronograma de depuración cartográfica, definidos por la Dirección de Gestión Catastral en conjunto con la Supervisión del contrato.	Para este periodo se dio cumplimiento a los lineamientos y tiempos establecidos para llevar a cabo el proceso de modernización del SNC para el departamento de Córdoba, el cual aún se encuentra en proceso.	Anexo_384704_639191051005529406.pdf
5. Disponer la información cartográfica depurada en los repositorios habilitados por el área de tecnología, asegurando su correcta estructuración, integridad y acceso por parte de los equipos responsables.	Para este periodo se prestó apoyo en el proceso de ajuste de errores de validación de topología en el marco del proceso de Modernización de SNC para los municipios Montelibano (23466) y Puerto Libertado (23580) del departamento de Córdoba.	Anexo_384705_639191051144276645.pdf
6. Participar activamente en las reuniones técnicas con las Direcciones Territoriales que se deriven del proceso de depuración cartográfica, aportando información clara, precisa y sustentada técnicamente.	Para este periodo no se participó en reuniones técnicas con las direcciones. Por lo tanto, se les dio prioridad a las obligaciones específicas mencionadas en los numerales 4, 5 y 7.	Anexo_384706_639191051254195122.pdf
7. Asistir puntualmente a las reuniones presenciales o virtuales convocadas por el equipo de trabajo de la Dirección de Gestión Catastral, presentando los avances, dificultades y recomendaciones pertinentes.	Para el periodo reportado participé en las siguientes reuniones • Junio 4 de 2026: Reunión de modernización para socializar los aspectos a tener en cuenta en el ajuste de errores para el departamento de Córdoba. • Junio 9 de 2026: Revisión ajustes de errores en el proceso de modernización para el departamento de Córdoba. • Junio 16 de 2026: Revisión ajustes de errores de unidades de construcción en el proceso de modernización para el departamento de Córdoba. • Junio 22 de 2026: Retroalimentación de validaciones en el proceso de modernización para el departamento de Córdoba. • Junio 26 de 2026: Socialización de nuevas herramientas del SNC.	Anexo_384707_639191051344229013.pdf
8. Brindar concepto técnico cuando sea requerido, en atención a las peticiones, quejas, reclamos y demás solicitudes relacionadas con el ejercicio de la gestión catastral, conforme a los términos establecidos en la ley.	Para este periodo la coordinación técnica no solicitó la realización de conceptos técnicos en atención a peticiones, quejas, reclamos u otro tipo de solicitudes relacionadas con el ejercicio de la gestión catastral. Por lo tanto, se les dio prioridad a las obligaciones específicas mencionadas en los numerales 4, 5 y 7.	Anexo_384708_639191051454519942.pdf

Observaciones del supervisor a las actividades NO ejecutadas

Observación de aprobación del supervisor (ccogollo):

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:	\$39,950,000.00 -
Adición No.0	\$0.00 -
Reducción No.0	\$0.00 -
Valor Total:	\$39,950,000 -

Total Pagado	\$0.00 -
Saldo Actual:	\$39,950,000.00 -

VALOR APAGAR:	\$4,700,000.00 -
Menos este pago:	\$35,250,000.00 -

VALOR(ES) PAGADO(S)		
Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3
-	-	-
Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
-	-	-
Pago No. 7	Pago No. 8	Pago No. 9
-	-	-
Pago No. 10	Pago No. 11	Pago No. 12
-	-	-

% de ejecución financiera del contrato/
convenio:

11.76 %

AUTORIZACIÓN DE PAGO

Documentos de la cuenta adjuntos

APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

X

SUPERVISOR		SUPERVISOR	
Firma:		Firma:	
Nombre:	CARMEN CECILIA COGOLLO ALTAMIRANDA	Nombre:	
No. Identificación:	34986664	No. Identificación:	
Cargo:		Cargo:	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79867113	WILLIAM ANTONIO APONTE RODRIGUEZ	Calle 153 103b 76 Apartamento 406	3102621510	williamaponterodriguez@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		89249907	03/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$1,750,905	\$576.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

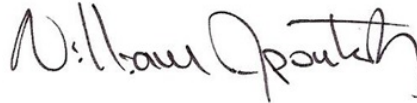
TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1	

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				



C.C. 79.867.113

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79867113	WILLIAM ANTONIO APONTE RODRIGUEZ		Calle 153 103b 76 Apartamento 406	3102621510	williamaponterodriguez@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
		89249907	03/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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 79867113	APONTE RODRIGUEZ WILLIAM ANTONIO	59	0			N														25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

William Aponte
C.C. 79.867.113

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79867113	WILLIAM ANTONIO APONTE RODRIGUEZ		Calle 153 103b 76 Apartamento 406	3102621510	williamaponterodriguez@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

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
89249907	03/06/2026	93076118	30/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	N	\$1,750,905	\$39.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

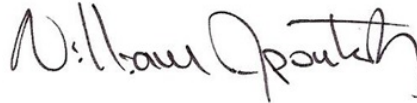
TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	16.100	0		0		0	0	0	0	16.100	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	20.600	0	0	0	0	0	0		20.600	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	3.100				3.100	0	0	3.100			31	3.100	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				



C.C. 79.867.113

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	16.100	16.100
Pensión	1	20.600	20.600
Riesgos Laborales	1	3.100	3.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	39.800	39.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79867113	WILLIAM ANTONIO APONTE RODRIGUEZ		Calle 153 103b 76 Apartamento 406	3102621510	williamaponterodriguez@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
89249907	03/06/2026	93076118	30/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-06	2026-06	N	\$1,750,905	\$39.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES											
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonerrado	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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 79867113	APONTE RODRIGUEZ WILLIAM ANTONIO	59	0			N															25-14	1.880.000	30	300.800	0	0	0	0	EPS008	1.880.000	30	235.000	14-23	1.880.000	30	3	45.800	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

William Aponte
C.C. 79.867.113