| Personería Municipal de Popayán | GESTIÓN JURÍDICA Y CONTRATACIÓN | CÓDIGO: F-GJU-02 |
|---|---|---|
| | | FECHA: 18/02/2026 |
| | FORMATO INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATOS | VERSIÓN: 01 |
| | | PÁGINA 1 DE 1 |

## OBJETO CONTRACTUAL

PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LOS TRÁMITES QUE REQUIERA EL DESPACHO DE LA PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | LEIDY JOHANA CAMPIÑO ORDOÑEZ | | |
| **Cédula o Nit:** | 1.061.771.395 | **Res. Aprobación Póliza** | N/A |
| **Número del Contrato** | 013-2026 | **Fecha de Inicio del Contrato** | 2 de febrero de 2026 |
| **Valor del Contrato** | 9.100.000 | **Fecha de Terminación** | 2 de junio de 2026 |
| **Valor IVA (Asumido o incluido)** | N/A | **Número del CDP** | 0012 del 20/01/2026 |
| **Valor del Registro Principal al Iniciar el Contrato** | 9.100.000 | **Número del Registro** | 0025 del 02/02/2026 |
| **N° de la Adición** | N/A | **Fecha de Firma de la Adición** | N/A |
| **Valor de la Adición** | N/A | **Fecha Final de Terminación de la adición del Contrato** | N/A |
| **Valor Total del Contrato** | 9.100.000 | **N° del CDP de la Adición** | N/A |
| **Valor Registro Principal de la Adición** | N/A | **N°. Registro Principal de la Adición** | N/A |
| **Periodo a Certificar** | Desde el 02 de Abril al 01 de Mayo de 2026 | | |
| **Plazo del contrato** | CUATRO (04) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato | | |
| **Forma de pago** | CUATRO (04) actas mensuales, cada una por valor de hasta DOS MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE ($2.275.000). | | |
| **Número de cuenta bancaria** | 261-945646-93 | **Tipo de cuenta** | Ahorros |
| **Nombre del Banco** | BANCOLOMBIA | **Con el objetivo de proceder a la suscripción del** | Acta # 03 |

Se presenta el Informe de supervisión del contrato de la referencia, con fundamento en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, art 83 de la ley 1474 de 2011 y teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

## RELACIÓN DE LOS VALORES A COBRAR

| MES | VALOR HONORARIOS O SERVICIOS | VALOR IVA (ASUMIDO O INCLUIDO) | % DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | MES | VALOR HONORARIOS O SERVICIOS | VALOR IVA (ASUMIDO O INCLUIDO) | % DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERO | | | 0% | JULIO | $ 0 | | 0% |
| FEBRERO | $ 2.275.000 | | 25% | AGOSTO | | | 0% |
| MARZO | $ 2.275.000 | | 25% | SEPTIEMBRE | | | 0% |
| ABRIL | $ 2.275.000 | | 25% | OCTUBRE | | | 0% |
| MAYO | $ 0 | | 0% | NOVIEMBRE | | | 0% |
| JUNIO | $ 0 | | 0% | DICIEMBRE | | | 0% |
| Valor Ejecutado | | $ 6.825.000 | 75% | Valor por Ejecutar: | | | $ 2.275.000 |

## RELACIÓN DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Mensual Honorarios** | $ 2.275.000 | Ingreso Base Cotización (IBC) | | $ 1.750.905 | |
| **Valor Mínimo a Pagar** | | Valor Pagado por el Contratista | | | |
| | | Concepto | Vlr Pagado | Diferencia | Planilla N° |
| Aportes a Salud | $ 218.863 | Aportes a Salud | $ 218.900 | $ 37 | 74998855 |
| Aportes a Pensión | $ 280.145 | Aportes a Pensión | $ 280.200 | $ 55 | |
| Aportes a Riesgos Laborales | $ 9.140 | Aportes a Riesgos Laborales | $ 9.200 | $ 60 | |
| VALOR TOTAL A PAGAR | $ 508.148 | VALOR TOTAL PAGADO | $ 508.300 | $ 152 | |

## INFORME SUPERVISOR DEL CONTRATO

Conforme a lo establecido en el contrato, las normas vigentes y los valores correspondientes al mes de ejecución expresado en este documento y verificado el **CUMPLIMIENTO DEL OBJETO** del contrato, la ejecución de las ACTIVIDADES, el pago de los APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, entrega de INFORME MENSUAL / PARCIAL DE ACTIVIDADES, así como la existencia de toda la DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL COMPLETA para proceder al pago de la presente acta. Informo que, he revisado la totalidad de actividades discriminadas en la correspondiente cláusula del contrato y he constatado que el contratista ha cumplido la totalidad de las mismas. De igual manera se verifico que el contratista no tiene pendiente por legalizar ningun gasto de viaje a la fecha del presente informe, informacion constatada con el proceso de Gestion Administrativa, asi como tambien se verificó por parte de la supervisión y/o apoyo de la supervision la entrega de la documentación para cargar en la plataforma SIA OBSERVA y los soportes cargados en la plataforma SECOP II de la cuenta de cobro del mes a pagar..

## CUMPLIMIENTO Y/O RECIBO A SATISFACCIÓN.

El supervisor o interventor dando cumplimiento a los articulos 83 y 84 de la ley 80 de 1474 de 2011 certifica que el contratista ha cumplido cabalmente con el objeto contractual desarrollando las actividades descritas en el informe, dentro del periodo establecido para el pago de la (3) acta mensual aportando la planilla y su certificado de pago de la seguridad social

| | |
|---|---|
| **Anexo:** | Informe de actividades del contratista. Evidencias en formato digital y en físico, planillas de pago de seguridad social que incluye salud, pensión, ARL - mes de Marzo No.74998855 |
| **Observaciones** | |
| **PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO SE FIRMA EL:** | **04 de Mayo de 2026** |

FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)

NOMBRE ESTEFANNY SUAREZ LÓPEZ
CÉDULA 1.019.034.158

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE AIDA RAMOS MAMIAN
CÉDULA 25.273.855

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 | 1061771395 | LEIDY JOHANA CAMPIÑO ORDOÑEZ | calle 65 No 19-71 | 8305248 | campinoordonez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CAUCA | POPAYÁN | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 74998855 | 30/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | $0 | $510.500 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS037 | Nueva EPS | 900156264-2 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 900 | 0 | 219.800 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1.200 | 0 | 281.400 | 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 | 9.200 | | | | 9.200 | 6 | 100 | 9.300 | | | 92 | 9.300 | 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 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 6 | 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 | 218.900 | 219.800 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 281.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.200 | 9.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 508.300 | 510.500 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1061771395 | LEIDY JOHANA CAMPIÑO ORDOÑEZ | calle 65 No 19-71 | 8305248 | campinoordonez@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CAUCA | POPAYÁN | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 74998855 | 30/04/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-03 | 2026-03 | I | $0 | $510.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombia | Sueldo | Extranjero | Cotiz. exterior | Exonerado | 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 1061771395 | CAMPIÑO ORDOÑEZ LEIDY JOHANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 30 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS037 | 1.750.905 | 30 | 218.900 | 14-23 | 1.750.905 | 30 | 1 | 9.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

Gmail

Leidy johana Campiño ordoñez <campinoordonez@gmail.com>

## PSE - Transacción Aprobada ☑ CUS 267069764

1 mensaje

**serviciopse@achcolombia.com.co** <serviciopse@achcolombia.com.co> 30 de abril de 2026 a las 15:27
Para: campinoordonez@gmail.com

### ¡Hola, LEIDY JOHANA CAMPIÑO ORDOÑEZ !

**Estado de la Transacción:** Aprobada

**Los siguientes son los datos de tu transacción:**

**Valor:** $ 510.500

**Empresa:** COMPENSAR-OI

**Descripción:** MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

**Fecha de la transacción:** 30/04/2026

**CUS:** 267069764

Gracias por utilizar nuestro servicio.



**Ten encuenta estos tips de seguridad:**

- Usa dispositivos personales o de confianza para realizar tus pagos.
- No abras enlaces sospechosos.
- Cambia tus contraseñas con regularidad.
- Digita manualmente la URL del portal de tu entidad financiera.
- Recuerda que PSE nunca te contactará para solicitarte información personal.