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 PROFESIONALES COMO ABOGADO, BRINDANDO APOYO AL ÁREA DE DERECHOS HUMANOS Y VICTIMAS EN LOS ASUNTOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA EN LA PERSONERÍA DE POPAYÁN.

Nombre del Contratista:	WILLIAM OSWALDO GALEANO TRIVIÑO		
Cédula o Nit:	1.061.723.169	**Res. Aprobación Póliza**	N/A
Número del Contrato	026-2026	**Fecha de Inicio del Contrato**	2 de febrero de 2026
Valor del Contrato	18.000.000	**Fecha de Terminación**	2 de agosto de 2026
Valor IVA (Asumido o incluido)	N/A	**Número del CDP**	0043 del 25 de ENERO de 2026
Valor del Registro Principal al Iniciar el Contrato	18.000.000	**Número del Registro**	0054 DEL 02 DE FEBRERO DE 2026
N° de la Adición	no aplica	**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	18.000.000	**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	02 DE JUNIO AL 01 DE JULIO DE 2026		
Plazo del contrato	SEIS (6) 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	SEIS (6) actas mensuales, cada una por valor de hasta TRES MILLONES DE PESOS M/CTE ($3.000.000)		
Número de cuenta bancaria	No. 0550488457801162	**Tipo de cuenta**	Ahorros
Nombre del Banco	DAVIVIENDA	**Con el objetivo de proceder a la suscripción del**	Acta # 05

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		0%	JULIO	$ 0		0%
FEBRERO	$ 3.000.000		17%	AGOSTO			0%
MARZO	$ 3.000.000		17%	SEPTIEMBRE			0%
ABRIL	$ 3.000.000		17%	OCTUBRE			0%
MAYO	$ 3.000.000		17%	NOVIEMBRE			0%
JUNIO	$ 3.000.000		17%	DICIEMBRE			0%
Valor Ejecutado		$ 15.000.000	83%	Valor por Ejecutar:			$ 3.000.000

RELACIÓN DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Valor Mensual Honorarios	$ 3.000.000	**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	8641616228
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 artículos 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 (05) 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 Junio No.8641616228..
Observaciones	
PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO SE FIRMA EL:	02 de Julio de 2026

N/A

FIRMA DEL APOYO A LA SUPERVISIÓN (SI APLICA)

NOMBRE N/A
CÉDULA N/A

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE **Vannesa Lorena Morales Hurtado**
CÉDULA **1,061,745,376**

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1061723169 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2026-06	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	280.200	0	280.200
Período salud:	2026-06	EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	0	218.900	0	218.900
Planilla Nro.:	8641616228 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	9.200	0	9.200
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2026-06-26	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	AV VILLAS	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:		PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
					GRAN TOTAL				$ 508.300

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	WILLIAM OSWALDO GALEANO TRIVIÑO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1061723169
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-06-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-07-16
FECHA DE PAGO:	2026-06-26
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERÍODO PENSIÓN:	2026-06
PERÍODO SALUD:	2026-06
NÚMERO PLANILLA:	8641616228
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8639809228
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS041	900156264	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.200	$ 9.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300	$ 508.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/08/2026

3

AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
1061723169	508.300

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8 6 3 9 8 0 9 2 2 8

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2026 Mes 06

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PTID-083-V2

```
AVV 251 20260626 12:15 SC1180  LINEA   D
VR PAGADO:       508,300.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CLAVE:8639809228                    0
ID:1061723169
Fecha Aplicación:20260626   PIN:121515
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

E

Scanned with CamScanner