| 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 ESPECIALIZADOS COMO ABOGADO EN LOS TRAMITES QUE SE REQUIERAN EN EL AREA DE SALUD Y SERVICIOS PUBLICOS DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN.

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre del Contratista:** | DIDIER FERNANDO MOSQUERA MACUACE | | |
| **Cédula o Nit:** | 1.059.903.399 | **Res. Aprobación Póliza** | N/A |
| **Número del Contrato** | 015-2026 | **Fecha de inicio del Contrato** | 2 de febrero de 2026 |
| **Valor del Contrato** | 34.400.000 | **Fecha de Terminación** | 02 de octubre de 2026 |
| **Valor IVA (Asumido o incluido)** | N/A | **Número del CDP** | 0040 del 25/01/2026 |
| **Valor del Registro Principal al iniciar el Contrato** | 34.400.000 | **Número del Registro** | 0058 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** | 34.400.000 | **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 Agosto al 01 de Septiembre de 2026 | | |
| **Plazo del contrato** | OCHO (8) 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** | OCHO (08) actas mensuales, cada una por valor de hasta CUATRO MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($4.300.000). | | |
| **Número de cuenta bancaria** | 26151589625 | **Tipo de cuenta** | Ahorros |
| **Nombre del Banco** | BANCOLOMBIA | **Con el objetivo de proceder a la suscripción del** | Acta # 07 |

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 | $ 4.300.000 | | 13% |
| FEBRERO | $ 4.300.000 | | 13% | AGOSTO | $ 4.300.000 | | 13% |
| MARZO | $ 4.300.000 | | 13% | SEPTIEMBRE | | | 0% |
| ABRIL | $ 4.300.000 | | 13% | OCTUBRE | | | 0% |
| MAYO | $ 4.300.000 | | 13% | NOVIEMBRE | | | 0% |
| JUNIO | $ 4.300.000 | | 13% | DICIEMBRE | | | 0% |
| Valor Ejecutado | | $ 30.100.000 | 88% | Valor por Ejecutar: | | | $ 4.300.000 |

## RELACIÓN DE PAGOS A SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Mensual Honorarios** | $ 4.300.000 | **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 | 6029917450 |
| **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 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 SATISFACCION.

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 (7) acta mensual, aportando la planilla y su certificado de pago de la seguridad social.

| | |
|---|---|
| **Anexo:** | Informe de actividades del contratista. Evidencias en formato digital UN (CD) y en físico, planillas de pago de seguridad social que incluye salud, pensión, ARL - mes de Agosto No.6029917450. |
| **Observaciones** | |
| **PARA EL RECONOCIMIENTO DEL PAGO SE FIRMA EL:** | 07 de Septiembre de 2026 |

**FIRMA APOYO A LA SUPERVISIÓN**

**NOMBRE** María Consuelo Fernández
**CÉDULA** 1.061.768.468

**FIRMA DEL SUPERVISOR**

**NOMBRE** Vannesa Morales Hurtado
**CÉDULA** 1.061.745.376

Scanned with CamScanner

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANÍA | NUMERO DE IDENTIFICACION: | 1059903399 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | DIDIER FERNANDO MOSQUERA MACIACE |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | POPAYAN | DEPARTAMENTO: | CAUCA |
| DIRECCION: | CRA 4 N 15N-52 | TELÉFONO: | 8380000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 6029917450 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD | MES agosto AÑO 2026 | | |
| DÍAS DE MORA | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | 2026/09/03 | NUMERO AUTORIZACIÓN | 82215389 | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACION | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 260.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 260.300 | $ 0 | $ 260.300 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | $ 260.300 | $ 0 | $ 260.300 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACION | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACION | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC62 | ESSC62-ASMET SALUD EPS | 1 | | $ 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 | | LIQUIDACION | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACION | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACION | | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | | $ 9.200 | | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |
| SUBTOTALES | | | | | | | | | | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 9.200 |

Planilla Pagada

**LIQUIDACION DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1059903399 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | DIDIER FERNANDO MOSQUERA MACUACE | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | POPAYAN | DEPARTAMENTO: | CAUCA |
| DIRECCIÓN: | CRA 4 N.15N-52 | TELÉFONO: | 8380000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 6029917450 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/09/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 622151399 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Planilla Pagada

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | TOTALES | |
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 280.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 280.200** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9009351267 | ESSC62 | ESSC62-ASMET SALUD EPS | 1 | $ 218.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 218.900** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | $ 9.200 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 9.200** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 508.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 508.300** |

Scanned with CamScanner

Popayán, 07 de septiembre de 2026

Señora:
**PAOLA ANDREA CHAVES ALARCÓN**
**Tesorera General**
PERSONERÍA MUNICIPAL DE POPAYÁN

**Yo, DIDIER FERNANDO MOSQUERA MACUACE,** identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1.059.903.399 de Patía (El Bordo) manifiesto bajo la gravedad de juramento que mis ingresos como contratista sin vinculación laboral se asimilan a RENTA DE TRABAJO; lo anterior, de conformidad con el artículo 17, parágrafo II de la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016; por lo tanto, señalo:

1. Soy aportante al Sistema de Seguridad Social como trabajador independiente.
2. Como contratista sin vinculación laboral manifiesto que para el desempeño de mis actividades profesional y/o compensación por servicios personales no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad.
3. Relaciono a continuación la información principal de mi contrato de prestación de servicios:

| | |
|---|---|
| No | 0015 de 2026 |
| Fecha de inicio en SECOP II | 02 de febrero de 2026 |
| Objeto | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO ABOGADO EN LOS TRAMITES QUE SE REQUIERAN EN EL AREA DE SALUD Y SERVICIOS PUBLICOS DE LA PERSONERIA MUNICIPAL DE POPAYAN. |
| Duración | OCHO (8) MESES, contados a partir de la suscripción del acta de inicio, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución del contrato. |
| Periodo a cobrar | DEL 02 DE AGOSTO AL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2026 |

De antemano, agradezco su colaboración.

Atentamente,

**DIDIER FERNANDO MOSQUERA MACUACÉ**
CC 1.059.903.399 de Patía (El Bordo)

Scanned with CamScanner